（第3号様式）

年　　月　　日

大阪公立大学医学部附属病院
病院長　様

（法定代理人）
住　　所

ふりがな
氏　　名

私は、上記の法定代理人が、貴院が保管している私の診療記録の開示申請を行なうことに同意します。

（委任者）

住　所

ふりがな
氏　名